

軽度者の福祉用具貸与の例外給付のためのフロー図

要支援1・2または、要介護1の認定を受けている。
ただし、自動排泄処理装置については要支援1・2または、要介護1・2・3。

はい

いいえ

直近の認定調査結果を確認する。

必要な福祉用具貸与の品目について、**届出書（様式1）**の「貸与が可能な福祉用具及び該当する状態像」における基本調査の結果が、「できない」であることが確認できたか。

*例えば「特殊寝台」で言うと、基本調査1-4「3. できない」もしくは基本調査1-3「3. できない」であれば、確認できたとする。

例外給付の申請は不要です。
要介護2～5の認定を受けている人（自動排泄処理装置については、要介護4、5）は、サービス担当者会議等で必要性について検討して、必要な福祉用具貸与を利用する。

確認できない

確認できた

主治医の意見を確認する。

貸与の品目が、車いすおよび車いす付属品、もしくは移動リフトのうち段差解消に係るものであって、主治医からの情報及びサービス担当者会議で貸与の必要性が確認できたか。

届出書（様式1）を提出する。

添付書類：ケアプラン1表～3表（写）、
サービス担当者会議の記録（写）、
福祉用具サービス計画書（写）

確認できない、または
その他の品目である

確認できた

届出書（様式1）を提出する。

添付書類：主治医から得た情報（写）、
〔主治医所見等（様式4）、診療情報提供書（任意様式）、主治医所見聴取記録（様式5）のいずれか1点〕
ケアプラン1表～3表（写）、
サービス担当者会議の記録（写）、
福祉用具サービス計画書（写）

主治医による医学的所見が、次のⅠ～Ⅲのいずれに該当するか。

（確認申請書（様式2）の「医学的所見」の項目）

- Ⅰ) 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によってまたは時間帯によって、頻繁に利用者等告示第31号のイに該当する者
- Ⅱ) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうち利用者等告示第31号のイに該当するに至ることが確実に見込まれる者
- Ⅲ) 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性または症状の重篤化の回避等医学的判断から利用者等告示第31号のイに該当すると判断できる者

該当する

該当しない

サービス担当者会議を経た適切なケアマネジメントの結果、その福祉用具の貸与の必要性が認められたか。

認められない

保険給付は認められません。
実費での貸与になります。

認められた

確認申請書（様式2）を提出する。

添付書類：主治医から得た情報（写）、
（主治医所見等（様式4）、診療情報提供書（任意様式）、主治医所見聴取記録（様式5）のいずれか1点）
ケアプラン1表～3表（写）、サービス担当者会議の記録（写）、
福祉用具サービス計画書（写）

※注意事項※

保険給付の対象期間は、原則申請日以降になります。遡りはできません。
特別な事情で書類が貸与開始日までに提出できない場合は、あらかじめ保険者へご相談ください。
確認申請書は①主治医の意見聴取⇒②サービス担当者会議実施⇒③市へ提出の順となります。
順序が逆転した場合は、保険給付の対象とはなりませんのでご注意ください。

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関する届出書

諫早市長 様

軽度者に対する福祉用具の例外給付に関して、次の被保険者が利用者等告示第31号のイで定める状態像に該当するものであることについて下記のとおり届出します。

		届出年月日	年	月	日
届出者(計画作成担当者)		電話番号			
居宅介護(介護予防)支援事業所名					

被保険者	被保険者氏名					被保険者番号						
	住所											
	要介護状態区分	要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 申請中(新規 ・ 変更 ・ 更新)										
	認定有効期間	年 月 日 から					年 月 日					

貸与が可能な福祉用具及び該当する状態像	ア 車いす及び車いす付属品	(一)日常的に歩行が困難な者	基本調査 1-7
		(二)日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者	主治医からの情報及びサービス担当者会議 ※下記
	イ 特殊寝台及び特殊寝台付属品	(一)日常的に起き上がりが困難な者	基本調査 1-4
		(二)日常的に寝返りが困難な者	基本調査 1-3
	ウ 床ずれ防止用具及び体位変換器	(一)日常的に寝返りが困難な者	基本調査 1-3
	エ 認知症老人徘徊感知器	(一)意思の伝達、介助者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者	基本調査 3-1 基本調査 3-2~3-7 基本調査 3-8~4-15
		(二)移動において全介助を必要としない者	基本調査 2-2
	オ 移動用リフト (つり具の部分を除く)	(一)日常的に立ち上がりが困難な者	基本調査 1-8
		(二)移乗が一部介助又は全介助を必要とする者	基本調査 2-1
		(三)生活環境において段差の解消が必要と認められる者	主治医からの情報及びサービス担当者会議 ※下記
カ 自動排泄処理装置	(一)排便が全介助を必要とする者	基本調査 2-6	
	(二)移乗が全介助を必要とする者	基本調査 2-1	

※ア(二)、オ(三)の状態像に該当することを判断した内容

主治医から得た情報	<input type="checkbox"/> 主治医所見等(主治医意見書含む)	医療機関名	
	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書(任意の様式)	担当医師名	
	<input type="checkbox"/> 主治医所見聴取記録	電話番号	
確認日	年 月 日		

サービス担当者会議を通じた適切なケアマネジメント	サービス担当者会議実施日	年 月 日
	貸与が必要と判断した理由・状況等	

利用開始日(予定)	年 月 日 から		
福祉用具貸与事業所	電話番号		

※ 添付書類 ①主治医から得た情報(写) ②ケアプラン1表・2表・3表(介護予防ケアプラン)(写)
③サービス担当者会議の記録(写) ④福祉用具サービス計画書(写)

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関する確認申請書

諫早市長 様

軽度者に対する福祉用具の例外給付に関して、次の被保険者が下記 i)～iii)の状態像に該当することが医師の意見(医学的所見)に基づき判断され、サービス担当者会議を経た適切なケアマネジメントの結果を踏まえていることについて下記のとおり確認を依頼します。

		申請年月日	年	月	日
届出者(計画作成担当者)		電話番号			
居宅介護(介護予防)支援事業所名					

被 保 険 者	被保険者氏名					被保険者番号								
	住 所													
	要介護状態区分	要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 申請中(新規 ・ 変更 ・ 更新)												
	認定有効期間	年 月 日 から				年 月 日								

貸与が必要と判断した福祉用具	ア	車いす及び車いす付属品	イ	特殊寝台及び特殊寝台付属品
	ウ	床ずれ防止用具及び体位変換器	エ	認知症老人徘徊感知器
	オ	移動用リフト(つり具の部分を除く)	カ	自動排泄処理装置

医学的所見	I) 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に利用者等告示第31号のイに該当する者		
	II) 疾病その他の原因により、状態が急激に悪化し、短期間のうちに頻繁に利用者等告示第31号のイに該当するに至ることが確実に見込まれる者		
	III) 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から利用者等告示第31号のイに該当すると判断される者		
	<input type="checkbox"/>	主治医所見等	医療機関名
	<input type="checkbox"/>	診療情報提供書(任意の様式)	担当医師名
<input type="checkbox"/>	主治医所見聴取記録	電話番号	
確認日	年 月 日		

サービス担当者会議を通じた適切なケアマネジメント	サービス担当者会議実施日	年 月 日
	貸与が必要と判断した理由・状況等	

利用開始日(予定)	年 月 日 から
福祉用具貸与事業所	電話番号

※ 添付書類 ①主治医から得た情報(写) ②ケアプラン1表・2表・3表(介護予防ケアプラン)(写)
③サービス担当者会議の記録(写) ④福祉用具サービス計画書(写)

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関する主治医所見

(サービス担当者会議に出席できない場合の主治医所見・情報提供)

被保険者	ふりがな	
	氏名	男・女 明・大・昭 年 月 日生 (歳)
	住所	

上記の介護保険被保険者に対する福祉用具貸与の例外給付に関する所見は、以下のとおりです。

年 月 日

医師氏名	
医療機関名	
医療機関所在地	
電話番号	

利用が必要な福祉用具	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> 車いす付属品	<input type="checkbox"/> 特殊寝台	<input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品
	<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具	<input type="checkbox"/> 体位変換器	<input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知器	
	<input type="checkbox"/> 移動用リフト(つり具の部分を除く)	<input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置		

福祉用具の利用が必要な状態像等	<input type="checkbox"/> I) 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に利用者等告示第31号のイに該当する。 (この項目に該当する疾病名、症状等を記入してください。)
	<input type="checkbox"/> II) 疾病その他の原因により、状態が急激に悪化し、短期間のうちに頻繁に利用者等告示第31号のイに該当するに至ることが確実に見込まれる者 (この項目に該当する疾病名、症状等を記入してください。)
	<input type="checkbox"/> III) 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から利用者等告示第31号のイに該当すると判断される者 (この項目に該当する疾病名、症状等を記入してください。)

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関する主治医の所見聴取記録

被保険者	ふりがな	
	氏名	男・女 明・大・昭 年 月 日生 (歳)
	住所	

医師氏名	
医療機関名	
医療機関所在地	
電話番号	
聴取年月日	年 月 日
聴取方法	面談 ・ 電話

利用が必要な福祉用具	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> 車いす付属品	<input type="checkbox"/> 特殊寝台	<input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品
	<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具	<input type="checkbox"/> 体位変換器	<input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知器	
	<input type="checkbox"/> 移動用リフト(つり具の部分を除く)	<input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置		

※確認申請書の場合選択 福祉用具の利用が必要な状態像等	I) 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に利用者等告示第31号のイに該当する。
	II) 疾病その他の原因により、状態が急激に悪化し、短期間のうちに頻繁に利用者等告示第31号のイに該当するに至ることが確実に見込まれる者
	III) 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から利用者等告示第31号のイに該当すると判断される者

聴取内容（各状態像に該当する疾病名、症状等を記入してください。）

以上、主治医からの所見を聴取いたしましたので、よろしく申し上げます。

居宅介護(介護予防)支援事業所名

計画作成者(介護支援専門員)氏名